



Fot. iStockphoto.com

Od wielu lat i wielu rządów trwa dyskusja, tworzy się projekty w celu uregulowania kwestii jakości w zdrowiu. Kłopot w tym, że prawo nie jest pisane tak, aby zyskali wszyscy zainteresowani, a jedynie Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia.

Jakość to pojęcie wywodzące się ze starożytności, definiuje się ją jako określony stopień doskonałości. Oznacza ona skalę zaspokojenia potrzeb nabywcy. I tu pojawia się zasadnicza kwestia w określeniu owej doskonałości. Jest ona bowiem modelowana odpowiednio do potrzeb indywidualnych nabywcy, beneficjenta. Przekładając to na ochronę zdrowia, należy zatem powiedzieć, że usługa medyczna w odbiorze jednego pacjenta będzie wysokiej jakości, a w odbiorze innego nie. Jakie kryteria jakości przyjmuje NFZ, a jakie minister zdrowia? Czy pokrywają się one z oczekiwaniami pacjentów?

Punkt widzenia zależy od punktu siedzenia

Z perspektywy ministra zdrowia pojęcie jakości powinno być zbieżne z oczekiwaniami obywateli. Wszak

jako przedstawiciel rządu stara się on realizować politykę zdrowotną tak, by w przyszłości pacjenci mieli powody do oddania głosu na jego ugrupowanie. Musi jednak widzieć to zagadnienie znacznie szerzej, podejmując inicjatywy i regulacje, których pozytywne skutki będą się pojawiać również w dalszej perspektywie. Chodzi nie tylko o to, aby wyleczyć pacjenta, lecz także o to, by nie chorował. Służy temu wiele działań z zakresu profilaktyki, koordynacji, konstrukcji koszyka świadczeń, które mają na celu realizację potrzeb bieżących, ale również poprzez sposób ich zaspokajania zmniejszają ryzyko pojawiania się kolejnych problemów zdrowotnych. Niektóre zjawiska epidemiologiczne są nieuchronne, ale minister zdrowia poprzez odpowiednie konstruowanie świadczeń może określić oczekiwaną

jakość. Najprościej można to wyrazić poprzez standardy diagnostyczno-terapeutyczne dla poszczególnych dziedzin, a nawet poszczególnych usług medycznych. Jednak na razie niewiele w tym zakresie się wydarzyło, choć wybrane standardy wskazują, że można tego dokonać.

W niektórych obszarach określenie takich wytycznych wynika wprost z zapisów ustawy. Przykładem może być art. 11.2 pkt 3 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, gdzie czytamy: „Minister właściwy do spraw zdrowia (...) może ogłosić, a w zakresie diagnostyki mającej na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, zwanej dalej „diagnostyką onkologiczną”, i leczenia mającego na celu wyleczenie tego nowotworu, zwanego dalej „leczeniem onkologicznym”, ogłasza, w drodze obwieszczenia, zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, odrębnie dla poszczególnych dziedzin medycyny”.

Punkt widzenia płatnika

Uczciwie trzeba powiedzieć, że w wypełnianiu własnej definicji jakości NFZ jest przodownikiem. Począwszy od postępowań o zawarcie umowy ze świadczeniodawcą, poprzez regulacje zawarte w zarządzeniach Prezesa NFZ aż po projekty koordynowane oraz kompleksową opiekę – płatnik stara się egzekwować jakość. Upraszczając, można powiedzieć, że jakość w przypadku NFZ to: tanio, dużo, szybko, jednak w szczegółach widać wiele elementów promujących jakość – od wprowadzenia współczynników dających lepsze finansowanie tym, którzy wykonują więcej zabiegów, poprzez nagradzanie tych, którzy skracają kolejki do świadczeń. Nawet najprostsze mechanizmy, polegające na uniemożliwieniu finansowania hospitalizacji z tego samego powodu w odstępie krótszym niż 14 dni, odczytuję jako narzędzie egzekwujące jakość. Jest to jednak definiowanie elementów istotnych dla płatnika, dzięki którym wpływa on na optymalizację wydatków, a tym samym gospodarowanie budżetem. Nie jest wszak poprawą jakości „przenoszenie” niektórych świadczeń wykonywanych do tej pory w ramach hospitalizacji do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Z punktu widzenia płatnika pewnie tak, bo finansuje świadczenie realizowane z wykorzystaniem tańszych zasobów, a co za tym idzie – może tych świadczeń kupić więcej. Jednak już z perspektywy pacjenta, a nawet z punktu widzenia terapeuty, niejednokrotnie taka zmiana miejsca wykonania zabiegu jest odczytywana jako pogorszenie jakości i bezpieczeństwa.

Przykłady dobrego zarządzania własnym wymiarem jakości przez płatnika można by mnożyć. Nieustająca ewaluacja zasad (swoistych standardów finansowania świadczeń) jest tego dobrym dowodem. Zaryzykuję stwierdzenie, że obecnie NFZ jest najwyraźniejszym

„Upraszczając, można powiedzieć, że jakość w przypadku NFZ to: tanio, dużo, szybko, jednak w szczegółach widać wiele elementów promujących jakość”

standaryzатorem świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Piszę to, nie oceniając tych standardów i nie odnosząc się do nich z perspektywy pacjenta czy terapeuty. Mogę jednak dostrzec naturalny konflikt ideologiczny pomiędzy ministrem zdrowia a NFZ. Wszak ten pierwszy, zabiegając o elektorat, chciałby dać obywatelom jak najwięcej i jak najlepiej. I to jest jego pojęcie jakości. Ten drugi zaś ma określony budżet, potrzeby, priorytety i określając zasady finansowania, w pewien sposób ogranicza dostępność (limituje ilość usług, ogranicza populację kwalifikowaną do świadczeń itp.), niewiele natomiast realizuje elementów jakościowych postrzeganych przez pacjentów. Niejednokrotnie NFZ jest wręcz wskazywany jako ten, który działa wbrew szeroko pojętemu dobru pacjenta i jakości oczekiwanych przez niego usług.

Czego oczekuje pacjent?

Skuteczność leczenia to pierwszy element oceny jakości, choć z całą pewnością jest nim również dostępność. Na skrócenie kolejek wpływa nie tylko bezpośrednio budżet NFZ, lecz także liczba medyków, zasoby świadczeniodawców... Słowem – szereg czynników, których nie da się uzyskać nawet w ciągu jednej kadencji rządu.

Oprócz tego pacjent oczekuje miłego personelu medycznego, kompetentnych i otwartych na jego problemy lekarzy i pielęgniarek. W swoje pojęcie jakości ochrony zdrowia chorzy wpisują warunki w lecznicy – wyżywienie, dużą liczbę chorych w jednej sali, starą, zniszczoną pościel, zatłoczoną poczekalnię. Pacjent oczekuje szeroko rozumianego bezpieczeństwa, które rozpoczyna się od czystości w placówkach medycznych, a kończy na wystandaryzowanym sposobie diagnostyki i leczenia. Na ocenę pacjentów wpływa liczba zdarzeń niepożądanych, powikłań, niepowodzeń.

Społeczeństwo jest coraz bardziej świadome, a powszechny dostęp do wiedzy medycznej powoduje oczekiwanie świadczeń właściwej jakości, z zastosowaniem nowoczesnych technologii. Łączy się to z częstym zjawiskiem upadku autorytetu terapeuty. Chorzy niekiedy utożsamiają złe warunki w lecznicy z niskim potencjałem intelektualnym i możliwościami terapeutycznymi

„W prywatnej lecznicy jest piękna poczekalnia i miła recepcjonistka. Uśmiechnięty lekarz ma czas dla pacjenta, a czystość taka, że gdyby ciastko z kremem upadło na podłogę, to można je bezpiecznie zjeść”

personelu. Nakręca się spirala poczucia bylejakości, której wyrazem jest określenie „na Fundusz”.

Jest różnica pomiędzy leczeniem finansowanym przez NFZ a leczeniem prywatnym. Jaka? Pacjent widzi ją na własne oczy. W prywatnej lecznicy jest piękna poczekalnia i miła recepcjonistka. Uśmiechnięty lekarz ma dla niego czas, a czystość taka, że gdyby ciastko z kremem upadło na podłogę, to można je bezpiecznie zjeść. W takim miejscu nie zatrudniają zapewne kiepskich lekarzy – może pomyśleć pacjent. Oczywiście on nie widzi kompleksowości systemu, organizacji i delegowania odpowiedzialności pomiędzy różnymi placówkami i dyscyplinami. Pacjent ma konkretną potrzebę, która zostanie zaspokojona (za jego pieniądze) w najwyższym standardzie jakości.

I wielu innych

Można jeszcze mówić o innych perspektywach jakości. Rzecznik Praw Pacjenta w dużej części realizuje oczekiwania chorych z uwzględnieniem elementów związanych z bezpieczeństwem, poszanowaniem praw oraz postępowaniem w przypadku zdarzenia niepożądanego. Wojewoda czy samorząd województwa określają swoje mierniki jakości poprzez zapewnienie dostępu do świadczeń oraz bezpieczeństwa zdrowotnego regionu. Swoje pojęcie jakości będą mieli również pracownicy ochrony zdrowia – lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci. Ich praca mierzona jest efektami, na które nie zawsze mają tak bezpośredni wpływ, jak by tego chcieli. Brak wczesnej diagnostyki, niska świadomość profilaktyki, niewłaściwa organizacja niektórych obszarów systemu sprawiają, że medycy nie mogą (choć chcieliby) osiągnąć oczekiwanej jakości.

Wypadkowa

Jakość można zatem postrzegać jako zbiór oczekiwań różnych grup. W poprzedniej kadencji miał się projekt ustawy o jakości, której głównym założeniem było powołanie agencji ds. jakości. Nowa instytucja miała się zajmować badaniem i monitorowaniem zjawisk, co miało stanowić podstawę wyznaczania standardów jakości. Cóż, wypracowano zatem metodę wy-

pracowywania standardów, zalecenia, mierniki jakości. Jednak dotychczas nie określono, na czym ta jakość będzie polegała.

Obecny rząd przygotowuje projekt ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta. Choć nie ujrzał on jeszcze światła dziennego, to już od 2017 r. można się zapoznać z założeniami przyszłej regulacji. Zakłada ona stworzenie monitorowanego rejestru zdarzeń niepożądanych. Lecznice, które będą miały ich mniej, będą mogły liczyć na dodatkowe pieniądze z NFZ. Założenia skupiają się zatem na monitorowaniu zdarzeń i w dużej mierze regulują nowy system akredytacji. Z całą pewnością właściwe identyfikowanie zdarzeń i ich przyczyn to jeden z głównych elementów jakości. Choć znów zadaję sobie pytanie, czy nowy projekt ustawy będzie obejmował spojrzenie z różnych perspektyw. Po lekturze treści założeń wnioskuję, że nie. Spodziewam się jeszcze precyzyjniejszego określenia mierników z perspektywy ministra zdrowia, ze znaczącym uruchomieniem obszarów, które mogą być egzekwowane i nagradzane przez płatnika. Mamy zatem sojusz Ministerstwa Zdrowia i NFZ w zakresie wdrażania zasad mających na celu ograniczenie zdarzeń niepożądanych, którym przypisuje się ogromną wagę w jakości. Nie zdziwi mnie, jeśli docelowo monitorowanie jakości zostanie powierzone płatnikowi jako pracobnikowi pracy w tym zakresie.

Niewiele jednak w założeniach dostrzegłem elementów wynikających z oczekiwań innych interesariuszy niż Ministerstwo Zdrowia i NFZ. Jeśli bowiem w założeniach czytamy: „Uregulowanie kwestii systemowego monitorowania jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w drodze odrębnego aktu prawnego pozwoli na (...) poprawę bezpieczeństwa i satysfakcji pacjenta przez rejestrowanie i monitorowanie zdarzeń niepożądanych”, to moje wątpliwości są tym głębsze.

Pacjent nie będzie miał satysfakcji z rejestrowania zdarzeń, nie będzie zadowolony z jakości usług, które nie uwzględniają jego kryteriów i oczekiwań. Oczywiście pojawia się pytanie, z czego pacjent ma być zadowolony. Może z tego, że – jak czytamy w projekcie – rozwiązanie to spowoduje „efektywniejsze wykorzystanie środków publicznych w wyniku ograniczenia występowania zdarzeń niepożądanych”. Jeśli tak, to dlaczego ustawy nie nazwać ustawą o zdarzeniach niepożądanych w ochronie zdrowia? Dlaczego nie objąć regulacją wszystkich podmiotów leczniczych (również tych, które nie korzystają ze środków publicznych) i nie ustanowić jednolitego systemu postępowania w przypadku ich wystąpienia? Byłby to system kategoryzujący rodzaje zdarzeń oraz zasady postępowania z odszkodowaniami włącznie. Wówczas jednak znów zadamy sobie pytanie o jakość, a aby ją określić, trzeba wysłuchać wszystkich, zwłaszcza pacjentów i terapeutów. Na razie mamy założenia do ustawy, a dalej... jakoś to będzie.

Rafał Janiszewski, właściciel kancelarii doradczącej placówkom medycznym